



BURIAL FUND PROVISION SUPPLEMENTAL SECURITY INCOME (SSI) RELATED

STATEMENT OF APPLICANT/ RECIPIENT OR OTHER PERSON

보조 사회보장 소득(SSI)

관련 장례비 규정

신청자/수령자 또는 다른 사람의 진술서

케이스명

케이스 번호

신청자/수령자의 성명

기타 진술자의 성명 (위 신청자나 수령자의)

관계

본인은 이 진술서가 사회보장성(DSHS)에서 쓰여짐을 알고 이에 다음을 증명합니다:

의료보조(메디케이드)가 일부 돈을 장례비 용도로 모으는 것을 허락함을 압니다.

나는 현재 장례비 용도로 모아둔 돈이 전혀 없다. 만일 장차 장례비 용도로 돈을 모으면 서면으로 보고하겠다.

나는 현재 장례비 용도로 모아둔 돈이 있으며, 아래에 적힌 내용이 진실이며 아는 한도 내로 작성한 것이다. 이에 아래에 적힌 돈을 장례비용으로 명시한다.

\$ _____ 본인용 \$ _____ 배우자용

돈이 별개의 계좌에 예치되어 있다.

돈이 별개의 계좌에 예치되어 있지 않다. 이 계좌의 잔고가 장례비로 쓰일 것입니까? 예 아니오

돈이 어디에 예치되어 있습니까:

은행 계좌; 계좌번호 _____

보험 정책; 정책번호 _____ 정책일자 _____

기타 (구체적으로): _____

돈이 예치되어 있는 은행, 보험회사, 장의사, 친척, 또는 친구의:

이름	전화번호
----	------

주소	시	주	우편번호
----	---	---	------

이름	전화번호
----	------

주소	시	주	우편번호
----	---	---	------

나는 아래와 같은 사항을 사회보장성에 보고해야 함을 알고 있습니다.

- 장례비용을 장례와 관련이 없는 목적으로 사용
- 해당 계좌, 보험정책, 장례비에서 인출 또는 차용
- 해당 계좌, 장례비에 입금
- 해당 계좌에 누적되지 않고 본인 또는 배우자에게 지급된 이자
- 다른 생명보험, 장례 계약, 현금등을 구입하거나 선물받음

나는 또한 만일 장례비용이 장례와 관련이 없는 목적으로 사용되었다면, 그 사용된 총액은 인출한 달의 소득으로 간주될 수 있고 수혜적격 여부에 영향을 미칠 수 있다는 것을 알고 있습니다.

신청서에 또는 의료 프로그램의 서비스를 지불하는 권리를 결정하는데 허위 진술 또는 몰적사실의 허위제출을 하는 자와 그렇게 하도록 만드는 자는 누구라도 연방법과 또는 주법에 의해 처벌될 수 있는 범죄를 범하는 것임을 압니다. 나는 이 서류에 제출한 모든 내용이 진실임을 확인합니다. 이 서류의 사본을 받았습니다.

진술서 작성자 서명 (이름, 중간이름 첫자, 성) 펜이나 볼펜으로 쓰세요	일자	전화번호
---	----	------